

SEGNALAZIONE NON CONFORMITÀ SANIFICAZIONE

AREA A BASSO RISCHIO

PRESIDIO _____
 OSPEDALIERO _____
 UNITA' OPERATIVA _____

DATA _____

NON CONFORMITA' AREA A BASSO RISCHIO	A) UFFICI SANITARI	<input type="checkbox"/>
	B) SPAZI COMUNI	<input type="checkbox"/>
	C) UFFICI AMMINISTRATIVI	<input type="checkbox"/>

AREE DA SANIFICARE GIORNALMENTE		AREE DA SANIFICARE SETTIMANALMENTE	
1) Atri, Corridoi, Pianerottoli	6) Bagni del personale	1) Biblioteche, Aule didattiche	6) Davanzali interni
2) Ascensori	7) Centralini	2) Magazzino farmacia/economato	7) Depositi
3) Cortili interni, Pozzi luce	8) Stanze medici di guardia	3) Locale culto	8) Locali caldaie
4) Sale d'attesa	9) Spogliatoi	4) Ludoteca	9) Pensiline
5) Bagni pubblici	10) Portinerie	5) Pareti verticali lavabili	10) Tunnel

ATTIVITA'		N° interv	RISCONTRO DELLA NON CONFORMITA'		Insuff/Suff Buono
			Insufficiente	Note	
GIORNALIERA Locali dove prevista	Scopatura pavimenti	1			Qualità del servizio dopo intervento di ripristino
	Lavaggio pavimenti	1			
	Pulizia e lavaggio pareti ascensori	1			
	Pulizia arredi	1			
	Pulizia bagni	1			
	Disinfezione bagni	1			
	Vuotatura cestini	1			
	Pulizia zerbini	1			
SETTIMANALE Locali dove prevista	Scopatura pavimenti	1			
	Lavaggio pavimenti	1			
	Pulizia arredi	1			
MENSILE	Pulizia delle superfici in vetro interne ed esterne	1			
	Pulizia esterna dei davanzali da macchie di escrementi di uccelli	1			
TRIMESTRALE	Deceratura e ceratura pavimenti (ove sia contemplato)	1			
	Pulizia, sanificazione e disinfezione radicale a fondo in ogni ambiente (pavimenti, pareti, soffitti, porte, infissi, suppellettili e ogni altra superficie al di sopra del pavimento)	1			

ANNOTAZIONI: In caso di non conformità riscontrata nell'attività di pulizia, indicare nella colonna "Insufficiente" la rispondente sigla, utilizzando quelle riportate nella "LEGENDA" e indicare nella casella "Note" le motivazioni. Attivare la procedura di non conformità e chiedere alla Ditta appaltatrice il pronto ripristino delle pulizie. Se la non conformità viene risolta, la procedura viene archiviata. In caso di mancata risoluzione della non conformità inviare il modulo all'U.O. Professioni Infermieristiche e Ostetriche.

La non conformità riscontrata è stata risolta	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	LEGENDA: A = Addetti – ST = Strumenti – M = Metodo O = Orario – P = Prodotti – NE = Non Eseguito
---	-----------------------------	-----------------------------	---

Catania, li _____

IL RESPONSABILE
 DITTA _____

